



Sumário

INTRODUÇÃO	3
PANORAMA DA SAÚDE	6
CONSUMO DE CALORIAS	10
CONSUMO DE SÓDIO	13
COMPORTAMENTO ALIMENTAR	18
EDUCAÇÃO NUTRICIONAL	25
Estratégias de educação nutricional	28
Metodologias ativas	29
Influência da informação nutricional nos cardápios	31
REFERENCIAL	37



INTRODUÇÃO

Uma alimentação equilibrada é um dos principais componentes do estilo de vida que pode ser modificado para se viver melhor e com qualidade. Quando inadequada, a alimentação pode ser um importante fator de risco para doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DACNT) (SOUSA, 2005).

Nesse sentido, o sobrepeso e a obesidade, segundo dados atuais da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (VIGITEL, 2014) têm sua porcentagem em ascendência no Brasil, sendo de 43% na população em 2006 e de 49% em 2011. É um dado alarmante, visto que essa comorbidade também pode levar ao aparecimento de outras doenças, como a hipertensão, diabetes mellitus, entre outras. A hipertensão arterial atinge adultos cada vez mais jovens, chegando a um quarto da população adulta mundial, podendo chegar a 1,56 bilhões de pessoas até 2025 (BRITO et al., 2011).

No Brasil estima-se que existem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, dos quais 35% possuem idade igual ou superior a 40 anos. O sódio, quando consumido em excesso, é considerado um grande contribuinte dessa doença (BRITO et al., 2011).

Devido ao aumento da incidência das doenças oriundas da má alimentação e da falta de conhecimento de grande parte da população sobre formas de prevenção, eleva-se a demanda por estratégias de mudança de práticas e comportamentos individuais cujo objetivo seja a alimentação saudável (CERVATO et al., 2005). Assim, o papel da promoção da saúde, incluindo a educação nutricional, como estratégia no combate a esses problemas é



essencial, sendo o nutricionista o responsável pela promoção da saúde por meio da realização de práticas educativas (CFN, 2006; SOUSA, 2005).

Atualmente, a sociedade moderna industrializada pouco facilita ao trabalhador o seu deslocamento até sua residência para a realização de suas refeições, por isto os trabalhadores buscam se alimentar ou no próprio local de trabalho ou em restaurantes próximos. Sendo assim, os restaurantes precisam ofertar uma alimentação equilibrada, de acordo com as recomendações nutricionais e adotar estratégias para que o cliente escolha uma alimentação saudável (CAMOSSA et al., 2005; CFN, 2006; SOUSA, 2005).

Propostas educativas em nutrição para atendimentos em grupos têm por objetivo tornar o ambiente interativo e facilitador de aprendizagem. No trabalho em grupo é possível observar a reflexão dos membros do grupo sobre as suas práticas, com a possibilidade de intervenções lúdicas que facilitem e consolidem as mudanças de práticas, proporcionando assim melhor qualidade de vida (ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

Os restaurantes necessitam adotar estratégias para formular cardápios que atendam a coletividade favorecendo a adoção de práticas alimentares saudáveis. Uma dessas estratégias é o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) e por se tratar de um documento gerado pelo Ministério da Saúde e indicado para esse fim. Esse instrumento também permite que sejam realizadas boas escolhas alimentares, com base em princípios comprovados pela ciência da nutrição e de fácil entendimento por parte de profissionais e leigos (BRASIL, 2014).

Nos Estados Unidos, o guia alimentar para americanos do norte foi revisado em 2010, tendo a pirâmide alimentar sido substituída pelo My Plate,



figura que apresenta as recomendações de porções alimentares em função da idade e das necessidades energéticas da população. O My Plate também é usado como apoio para estratégias de educação nutricional desta mesma a população (USDA, 2011).

Na prática, o porcionamento apresentado pelo Guia Alimentar brasileiro e pelo My Plate se refere à equivalência entre alimentos, determinando uma quantidade necessária de certo gênero alimentício ou preparação a fim de que seja possível sua substituição, mantendo o mesmo fornecimento qualitativo e quantitativo de nutriente. Entretanto, a quantificação das porções é dependente da necessidade energética do indivíduo. Em Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) esta quantificação é definida por meio das necessidades energéticas advindas da média obtida a partir da avaliação nutricional da clientela.

No Brasil, além do Guia Alimentar, também são usadas as normas do Programa de Alimentação do Trabalhador (BRASIL, 2006) para referenciar a porcentagem de energia necessária nas refeições de trabalhadores em Unidades de Alimentação. Além disso, são necessários outros aliados para que o trabalho do Nutricionista ganhe maior qualidade, como a utilização das Fichas Técnicas de Preparação – FTPs, baseada sempre nos quatro princípios de Pedro Escudero - qualidade, quantidade, harmonia e adequação dos nutrientes dos alimentos (LANDABURE, 1968; AKUTSU et al., 2005; BRASIL, 2008; CAMARGO; BOTELHO, 2012).



PANORAMA DA SAÚDE

As doenças e agravos crônicos não-transmissíveis (DACNT) são consideradas um problema de saúde global, encontrado em diversos países, prejudicando o desenvolvimento humano. Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DACNT (doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes, câncer e outras), responsáveis por 58,5% de todas as mortes mundiais e por 45,9% da carga global da morbidade adulta (ANDRADE et al., 2013).

Esse cenário, no Brasil, ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social marcado por avanços sociais importantes e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época. Crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais aos riscos dessas doenças (ANDRADE et al., 2013).

A mortalidade atribuível às DACNT diminuiu 20% entre 1996 e 2007, sobretudo devido a reduções de doenças cardiovasculares (31%) e respiratórias crônicas (38%); para o diabetes e outras doenças crônicas, a mortalidade permaneceu estável (aumento de 2% e diminuição de 2%, respectivamente). A mortalidade por DACNT padronizada por idade em 2004 no Brasil (625 por 100.000 pessoas), conforme relatado pela OMS, foi maior que a do Reino Unido e do Canadá (OMS, 2005), e no Brasil, foi maior no Nordeste e menor no Sul e Sudeste, deixando o Norte e o Nordeste (as regiões mais pobres do Brasil) com a mortalidade mais alta por DACNT em 2007. As duas últimas regiões também



tiveram os maiores aumentos de mortalidade por diabetes nesse período (SCHMIDT et al., 2011).

Em 2007, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório levaram 308.466 pessoas ao óbito, contribuindo com 31,89% de todas as mortes. Em conjunto, elas representaram uma taxa de 162,9 óbitos por cem mil habitantes. As neoplasias, no ano referido, dentro dos grandes grupos de causas de morte, resultaram numa carga de 159.092 óbitos, contribuíram com 16,7% de todas as mortes e uma taxa de mortalidade específica de 84,0 óbitos por cem mil habitantes (VERDE; OLINDA, 2010).

Sobre a hipertensão, dados nacionais representativos obtidos em 2008 a partir de quase 400.000 entrevistas estimam que 24% das mulheres e 17,3% dos homens com idade ≥ 20 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥60 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão. As doenças cardiovasculares foram e continuam a ser, apesar de sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil (SCHMIDT et al., 2011).

O diabetes como causa básica de morte aumentou 11% de 1996 a 2000, e aumentou 8% de 2000 a 2007, sendo que 9,3% de todos os custos hospitalares no período 1999-2001 puderam ser atribuídos ao diabetes (SCHMIDT et al., 2011).

Estima-se também que no Brasil já haja cerca de três milhões de crianças com idade inferior a dez anos apresentando excesso de peso. Destes casos, 95% estariam relacionados à má alimentação, enquanto, apenas, 5% seriam decorrentes de fatores endógenos (PELLANDA et al., 2002; MOREIRA et al., 2012). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é previsto que



2,3 bilhões de adultos terão excesso de peso e mais de 700 milhões serão obesos em 2015 (WHO, 2005).

No Brasil, as prevalências do excesso de peso e obesidade em adultos aumentaram desde os estudos conduzidos na década de 1970. A International Obesity Task Force (IOTF) estimou, em 2007, que houvesse mais de 1,1 bilhão de adultos em todo o mundo com sobrepeso (PELLANDA et al., 2002.

Estima-se que existam mais de um bilhão de adultos com excesso de peso na população mundial, sendo pelo menos 30 milhões estão clinicamente obesos. Dados publicados pelas National Health and Nutrition Examination Surveys estimam que, se as atuais tendências continuarem, até 2030, mais da metade (51,1%) dos adultos norteamericanos será suscetível à obesidade e outros 86,3% ao sobrepeso. Projeções para o Brasil preveem que mais de 25% das pessoas terão excesso de peso no ano de 2025 (VELLOSO, 2006; SILVA, 2010).

Resultados divulgados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2013 (BRASIL, 2014), confirmam o crescimento de excesso de peso na população adulta das 26 capitais brasileira, além do Distrito Federal, com 43,3% e 13% para a frequência de sobrepeso e de obesidade, respectivamente (SILVA, 2010).

Em relação aos aspectos históricos das DACNT, no Brasil tem sido detectada a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais, ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade na população adulta. Essas doenças têm importantes fatores de risco, claramente descritos na literatura. Entre eles, encontramos os fatores ambientais



como tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física e alimentação (TRICHES; GIUGLIANI, 2005).

A epidemia de obesidade e de outras DACNT se dá por fatores nutricionais inadequados consequência do aumento descontrolado no consumo de alimentos ricos em gordura e com alto valor calórico, associados ao sedentarismo condicionado por redução na prática de atividade física e incremento de hábitos que não geram gasto calórico como assistir televisão, uso de vídeo games e computadores. O consumo alimentar tem sido relacionado à obesidade não somente quanto ao volume da ingestão como também à composição e qualidade da dieta (SONDA, 2011).

Dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias, realizadas no Brasil entre 1970 e 2004 sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis (de até 400%) na compra de alimentos processados, como bolachas e biscoitos, refrigerantes, carnes processadas e pratos prontos. No mesmo período, a proporção de energia proveniente de gorduras no total dos alimentos adquiridos aumentou de 25,8% para 30,5%, e a energia proveniente de gorduras saturadas aumentou de 7,5% para 9,6% (LEVY et al., 2009).

Outros indicadores que interferem no aparecimento dessas DACNT são o consumo excessivo de açúcar simples que se expressa na quantidade de calorias totais consumidas e sódio. Estimativas nacionais sobre ingestão de sódio mostram um consumo diário de cerca duas vezes a ingestão máxima recomendada (SARNO et al., 2009). Já o açúcar adicionado corresponde a 18%, segundo dados de folhas de balanço de alimentos em 2003, excedendo a



ingestão máxima recomendada em 60–80% (FAO, 2004). Dentro desses fatores, o que tem aparecido com mais frequência são o sódio, alto consumo de calorias e inatividade física nos estudos como fatores precursores de DACNT.

CONSUMO DE CALORIAS

A alimentação fora do domicílio tem importante participação na dieta do brasileiro, representando 21% do total de gastos com alimentação. Habitualmente, a refeição realizada fora do domicílio fornece maior quantidade de energia, com maior participação de gorduras total e saturada em relação à preparada no lar. Além disso, um maior consumo de refeições fora do domicílio está positivamente associado com excesso de peso e obesidade entre adultos no Brasil (CANELLA et al., 2011).

O sobrepeso e a obesidade são DACNT cada vez mais frequentes no Brasil, têm sido relacionados ao aumento da oferta alimentar e ao consumo crescente de alimentos com alta Densidade Energética (DE) (MARCHIONI et al., 2012).

A DE é definida como a quantidade de energia fornecida por grama de peso do alimento (kcal/g). Assim, dietas com baixa DE fornecem menos energia por grama que as dietas com alta DE (ELLO-MARTIN et al., 2005). A classificação da DE em baixa, média e alta quantidade foi proposta pelo Centers of Disease Control and Prevention (CDC, 2005). Cabe destacar que a DE também é considerada um importante indicador para se medir a qualidade da dieta da população (PREVIDELLI et al., 2011; CANELLA et al., 2013). Os alimentos com elevada quantidade de água em sua composição, como frutas e



hortaliças apresentam baixa DE, enquanto os com baixa quantidade de água, tais como farinhas, grãos, açúcar, óleos e manteiga, têm alta DE (MARCHIONI et al., 2012).

Dietas com alta DE tendem a ser mais palatáveis o que favorece o aumento da ingestão de alimentos e energia, consequentemente, o aumento excessivo do peso corporal e desenvolvimento de doenças associadas, como as DACNT (RICARDO; CLARO, 2012). Quando a DE das preparações diminui, junto com ela reduz-se a ingestão de energia. Assim, para um mesmo valor calórico, indivíduos seguindo uma dieta de baixa DE podem consumir maior quantidade de alimentos de baixa DE e, portanto, podem ter menor sensação de fome que indivíduos seguindo uma dieta que restringe as porções de alimentos (ELLO-MARTIN et al., 2007).

O estudo de Marchioni et al. (2012) com os recordatórios alimentares de 24 horas de 710 adultos em São Paulo mostrou que a DE média consumida diariamente foi de 1,98 kcal/g e correlacionou-se positivamente com a ingestão de energia, gordura, carboidrato, colesterol, gordura saturada, sacarose, gordura trans e açúcar adicionado, e também com outros fatores como idade e hábito de fumar; e negativamente com o consumo de fibras. No entanto, os autores não encontraram correlação da DE com a maioria dos fatores sociais, demográficos e de estilo de vida investigados, o que confirma a generalização desse fenômeno em todo o estado de São Paulo.

Um estudo anterior de Canella et al. (2011) que avaliou a densidade energética do almoço de funcionários de 21 UANs de São Paulo, obteve resultados semelhantes, mostrando que houve relação positiva entre DE e a oferta de proteína, gordura total e gordura saturada. Além disso, os autores



verificaram diferença significativa na DE quando os cardápios eram planejados por Nutricionistas. Ou seja, os cardápios elaborados por profissionais habilitados apresentavam menores DE. A correlação com a idade também foi encontrada por esses autores.

No estudo de Ricardo e Claro (2012) realizado com os dados da POF 2008/2009 (BRASIL, 2011) com o objetivo de avaliar a relação entre DE e custo da alimentação do brasileiro, observou-se que há uma correlação significativa inversa entre DE e o custo desses alimentos, mostrando que a população de baixa renda tende a consumir maior número de alimentos com alta DE, pois são mais baratos e industrializados.

Diante do avanço da alimentação fora do domicílio - tendo o ambiente de trabalho como importante cenário - e do reconhecimento da DE como fator de risco relevante para a epidemia de obesidade, é necessária maior atenção tanto na oferta quanto no consumo de alimentos com alta e média DE, alertando os comensais para optarem por alimentos com baixa DE (CANELLA et al., 2011).

Cabe destaque que o consumo elevado de DE está associado ao elevado consumo de sódio. Em linha geral, quanto maior a ingestão de alimentos, maior a de energia, maior a de nutrientes, e entre eles está o sódio, nutriente presente em praticamente todos os alimentos industrializados (CANELLA et al., 2013).

Essa presença de sódio nos alimentos industrializados se deve principalmente ao seu papel como conservante dos alimentos, atributo este que se por um lado revolucionou a capacidade da armazenar alimentos, por outro elevou a oferta desse nutriente que tem se mostrado danoso a saúde quando consumido em excesso (ARAÚJO et al., 2011).



CONSUMO DE SÓDIO

O consumo de sal na maioria dos países tem sido excessivo nos últimos anos, variando de 9 a 12 g por pessoa por dia. No Brasil, de acordo com a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) realizada em 2008/2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o brasileiro consome atualmente o dobro da quantidade de sal recomendada diariamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de uma ingestão diária, para adultos, de no máximo 5 g de sal (2 g de sódio) (OMS, 2005; BRASIL, 2011).

Também existem evidências, em modelos animais, de que o consumo de sódio na gravidez pode determinar um aumento da preferência por sódio na fase adulta nos descendentes (NILSON et al., 2012), indicando a necessidade de maior atenção também às gestantes. Além disso, a literatura aponta uma associação entre o consumo excessivo de sódio e o desenvolvimento de doenças crônicas, desde a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares até o câncer de estômago, doenças renais e osteoporose, entre outros (HE; MACGREGOR, 2005; DICKINSON, 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares citadas, causadas também pelo alto consumo de sódio. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2010b).

Atualmente, a transição nutricional do Brasil é composta também pelo aumento do consumo de alimentos de uma maneira geral e consequente ingestão de calorias (BRASIL, 2011), em especial os itens que contém maior



quantidade sódio, seja ele presente em produtos industrializados quanto em produtos consumidos em casa ou na rua, com grande adição de sal. Entre outros fatores, essa mudança parece estar associada à mudança de local para fazer a principal refeição do brasileiro (o almoço), que deixou o ambiente doméstico para consumir em restaurantes (KUNERT et al., 2013).

Sabe-se, então, que o hábito de fazer refeições fora de casa pode contribuir para o aumento da ingestão energética, pois essas refeições, geralmente, são maiores, com maior densidade calórica e maior conteúdo de gordura total, gordura saturada, colesterol e sódio. A repetição desse padrão alimentar ao longo da vida de um indivíduo pode contribuir muito para o aumento da prevalência de DACNT (KUNERT et al., 2013).

No caso do brasileiro, essa mudança de local de consumo do almoço esteve desde os primórdios associada ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), em virtude da alimentação está diretamente relacionada ao rendimento do trabalhador, aumentando a produtividade e diminuindo os riscos de acidentes de trabalho (VANIN et al., 2007; SOUSA et al., 2009).

O Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) foi instituído pela Lei 6.321, de 14/4/1976 (BRASIL, 2006), com o objetivo de melhorar as condições nutricionais dos trabalhadores que tem a maior parte da sua alimentação fora de casa e prioritariamente em seu local de trabalho, através de Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) (SAVIO et al., 2005; SOUSA et al., 2009; ZANDONADI et al., 2014). De acordo com as orientações do Programa, nas refeições como, almoço, jantar e ceia, devem oferecer de 720 a 960 mg de sódio (CAPALONGA et al., 2010).



A agenda mundial pela redução do sódio é reforçada pelo envolvimento das principais agências internacionais, com destaque para a força-tarefa para a Redução do Consumo de Sódio nas Américas, coordenada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da qual participa o Brasil. Um dos principais produtos da força-tarefa é uma declaração política que estabelece o compromisso dos países da região com a redução do consumo de sal para menos de 5 g ao dia até 2020 (NILSON et al., 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem coordenado estratégias nacionais com vistas à redução do consumo de sódio, com ações articuladas a planos setoriais como o Plano Nacional de Saúde 2012–2015 e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DACNT no Brasil 2011–2022. As estratégias de redução do consumo de sódio no Brasil têm como principais eixos a promoção da alimentação saudável (particularmente no que tange ao uso racional do sal) e a realização de ações educativas e informativas para profissionais de saúde, manipuladores e fabricantes de alimentos e população. Outras iniciativas voltadas à redução do consumo de sódio se destacam, e entre as principais estratégias encontram-se a redução de sódio de alimentos produzidos que são ofertados aos comensais que se alimentam fora de casa com frequência (NILSON et al., 2012; BRASIL, 2014).

A participação da alimentação fora do domicílio nas despesas familiares aumentou para um terço do total dos gastos alimentares, e a participação dos alimentos processados cresceu em todos os estratos de renda, reforçando o papel dessas categorias na ingestão de sódio pela população brasileira (BRASIL, 2010a). Com isso, o estímulo ao consumo de alimentos básicos é o centro das ações de promoção da alimentação saudável no país, estando



presente em todas as ações e programas de alimentação e nutrição, por meio da alimentação saudável que contemple o uso racional do sal, tanto em casa quanto em estabelecimentos que servem refeições como de UANs.

Pesquisas revelam que as refeições produzidas em restaurantes e UANs têm alto teor de sódio, devido à propriedade de sódio de melhorar o sabor e a aceitação dos alimentos, expondo os consumidores ao risco de ingestão elevada (KUNERT et al., 2013; ZANDONADI et al., 2014).

Kunert et al. (2013) na sua pesquisa sobre o teor de sódio e gordura em preparações semelhantes ofertadas em três restaurantes self-service em Goiás, observou que as quantidades de sódio e gordura encontradas estavam acima da recomendação, variando entre 140,1% e 214,2% da recomendação diária de óleo e atingiu entre 54,4% e 82,6% da recomendação diária de sódio.

Na pesquisa realizada por Zandonadi et al. (2014) com 37 UANs localizadas nas cinco regiões do Brasil, foi encontrado que, para quem se alimenta fora de casa, o arroz, o feijão e o prato principal ocupam 74,02% do peso do prato médio do almoço e consequentemente, onde há também maior oferta de sódio. Esses três componentes oferecem juntos 82,19% do sódio da refeição. A maioria das saladas e vegetais de folhas verdes (86,16%) não contém adição de sal. A quantidade de sódio oferecido nesses estabelecimentos pesquisados foi 257,4% maior do que o limite máximo de ingestão para esta refeição, de acordo com a recomendação da OMS e do PAT (OMS, 2005; BRASIL, 2006). Ainda nesse estudo, as autoras propõem uma redução do sódio ofertado com base na distribuição da quantidade máxima de sódio recomendada para o almoço, que é de 920 mg (OMS, 2005; BRASIL, 2006).



Além dessa necessidade de adequação dos alimentos oferecidos por UAN, a população necessita de orientações e educação nutricional que promovam reflexões em relação aos hábitos, com o objetivo de reduzir a ingestão de sódio também fora das UANs (ZANDONADI et al., 2014).

O estudo australiano de Cobcroft et al. (2008) demonstrou que reduções de até 30% de sódio nas preparações não diminuem sua aceitabilidade. Com isso, as metas de consumo de sódio devem partir da redução gradual do sódio até a oferta ideal de 920 mg no almoço para o somatório das porções das preparações servidas (BRASIL, 2014).

Em 2011, a Australian Division of the World Action on Salt Health (AWASH, 2011) criou a campanha Drop the salt!, traduzida como "largue o sal" que teve por objetivo principal aproximar o consumo de sódio da população ao recomendado pela OMS (OMS, 2005), de 2000 mg/dia a partir do ano de 2012. A meta é que o valor se aproxime do adequado em até cinco anos. Uma das estratégias apresentadas à população é de reduzir imediatamente 25% de sal adicionado nos alimentos preparados em casa (COBCROFT et al., 2008; WEBSTER et al., 2009; AWASH, 2011).

Outra estratégia que vem sendo fortemente recomendada é a implantação da rotulagem de todos os alimentos disponíveis para venda, desde industrializados até os preparados em restaurantes/lanchonetes, deixando evidente a quantidade de sódio que contém, alertando o consumidor para essas quantidades (AWASH, 2011).

Portanto, em um primeiro momento, a UAN pode utilizar como estratégia inicial de redução de sódio, a retirada imediata de 30% do sal das preparações em virtude dessas reduções não serem percebidas. Maiores reduções serão



viáveis se forem executadas gradativamente para não diminuir bruscamente a aceitabilidade pelos comensais (BRASIL, 2014). Num segundo momento, após a adaptação e reeducação alimentar dos comensais, a redução pode ser incrementada para aproximar o valor consumido do valor ideal orientado pela OMS e pelo PAT (OMS, 2005; BRASIL, 2006).

Segundo Sarno (2010), várias razões indicam o ambiente de trabalho como um dos locais adequados para intervenções promotoras de saúde, principalmente quanto à redução no consumo de alimentos ricos em sódio. Em primeiro lugar, proporcionam acesso a um importante segmento da população (adultos) cuja abordagem seria dificultada de outra forma.

No Brasil existem cerca de 50 milhões de trabalhadores empregados e um indivíduo adulto chega a passar um terço do seu dia no local de trabalho, fazendo ao menos uma grande refeição durante essa jornada laboral. Em segundo lugar, o ambiente de trabalho permite o acesso contínuo aos funcionários e programas de intervenção podem ser oferecidos em longo prazo. Esse contato intenso pode facilitar mudanças nos hábitos e comportamentos dessa população (SARNO, 2010).

COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O interesse na investigação sobre o comportamento alimentar baseia-se na

possibilidade de aumentar a efetividade de intervenções nutricionais. O aspecto mais importante na promoção da saúde é tornar o indivíduo capaz de traduzir as inúmeras informações sobre nutrição ao qual ele está exposto, para



informações práticas sobre quais alimentos deve escolher para garantir uma alimentação saudável. Contudo, é importante destacar que o fornecimento de informações sobre qualquer comportamento de saúde é fundamental nas atividades educativas. O conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes; é o componente racional necessário para motivar uma ação desejada (TORAL; SLATER, 2007).

O estudo de Stables et al. (2002) afirma que a consciência e o conhecimento sobre as recomendações dietéticas são precursores significativos da mudança de comportamento alimentar. Por outro lado, ressalta-se que o objetivo de uma intervenção nutricional não é apenas o fornecimento de informações, mas o alcance de uma modificação no comportamento alimentar (VAN-WEEL, 1999). Há evidências de que intervenções nutricionais apresentam maior efetividade quando são pautadas no comportamento, nas necessidades e crenças da população-alvo. Observa-se que há relatos mais frequentes de fatores intrínsecos do que extrínsecos como motivação para modificações dietéticas. As dificuldades que motivam os indivíduos a alterar o seu consumo alimentar têm sido muito estudadas, devendo-se considerar a gama de fatores envolvidos nesse comportamento (BRUG et al., 1996; TORAL, 2010).

Um estudo realizado com 1.700 consumidores do Reino Unido constatou que as principais razões que estimulavam a adoção de práticas alimentares saudáveis eram o desejo de melhorar o estado geral de saúde (60%), motivos pessoais de saúde (20%), perda de peso (34%), matérias veiculadas em revistas (11%), na televisão ou no rádio (10%) e a pressão exercida pelo cônjuge ou parente (9%) (BUTTRISS, 1997).



Para que a modificação no padrão alimentar aconteça, é preciso iniciar processos de intervenção para que se modifique o comportamento alimentar em longo prazo. Um dos modelos mais indicados são as intervenções no local de trabalho. Ações como oferecer maior disponibilidade de alimentos saudáveis nos pontos de venda dos locais de trabalho (LASSEN et al., 2007), ter simultaneamente em vista vários fatores dietéticos, tais como a redução das gorduras na dieta e aumento do consumo de fruta e hortaliças, provou-se eficaz no cenário dos cuidados de saúde primários (STEVENS et al., 2002). O aconselhamento comportamental, em conjunto com o nutricional, parece muito eficaz nesses cenários.

Sobre o local de trabalho dos consumidores, o setor de alimentação fora de casa engloba tanto estabelecimentos coletivos quanto comerciais (PROENÇA, 2000). Um tipo de restaurante que tem sido muito frequentado pelos brasileiros nos últimos anos, inicialmente no setor comercial e atualmente também no coletivo, é o restaurante por peso. Esse é um modelo self-service, onde o comensal escolhe o que deseja consumir pagando pelo peso do que foi colocado em seu prato (MAGNEÉ, 1996).

Nesse sistema, há uma oferta ampla de opções de preparações alimentares, delegando certa autonomia ao comensal para escolher. Esta característica ressalta a importância do restaurante por peso como um ambiente propício para se avaliar a escolha alimentar dos indivíduos (MAGNEÉ, 1996).

A escolha alimentar humana está baseada, por um lado, na condição onívora do homem, isto é, sua a capacidade de comer de tudo e, por outro lado, na autonomia do indivíduo em realizar essas escolhas (determinado por diversas condições que irão influenciar essa decisão) (JOMORI, 2006). As condições que



influenciam essas escolhas são a apresentação visual, o sabor, o valor nutricional, os tipos de preparações e a variedade oferecida.

Essas escolhas são influenciadas por fatores individuais, como os biológicos, os econômicos, os socioculturais e os antropológicos. Destaca-se, contudo, que as diferenças na escolha alimentar entre homens e mulheres são determinadas por motivos que vão além das questões biológicas evidentes, já que o contexto históricocultural, expresso no gênero, pode exercer influência na escolha dos indivíduos (JOMORI et al., 2008).

Em relação aos alimentos, alguns determinantes de sua escolha podem ser citados em diversos estudos como a aparência, sabor, variedade, valor nutricional e qualidade (NIELD et al., 2000; MILLS; CLAY, 2001; SCHOLDERER et al., 2004).

Nield et al. (2000) objetivou verificar o papel e a importância da alimentação em restaurantes na satisfação de 341 turistas na Romênia através de um questionário. Os resultados indicaram que a qualidade da comida, o valor em dinheiro, a variedade de pratos e a apresentação da comida foram os atributos de maior impacto nas experiências satisfatórias.

Mills e Clay (2001) desenvolveram e validaram um questionário para identificar quais fatores são mais importantes para os comensais quando esses escolhem os alimentos disponíveis no cardápio de um restaurante. Foram 330 questionários respondidos por frequentadores de restaurantes dos Estados Unidos. O questionário levava em consideração alguns fatores para se pesquisar sobre o que eles denominaram de 'verdade no cardápio' no momento da escolha dos itens, com informações nutricionais, de saúde, de tamanho e número da



porção, da origem dos alimentos, da quantidade, qualidade, do método de preparo, entre outras questões de seguridade de produtos alimentícios.

Algumas questões falavam sobre informações nutricionais dos cardápios, informações da descrição dos itens do cardápio (conhecimento do tamanho ideal da porção, apresentação visual, quantidade e qualidade dos alimentos, meios de conservação, técnicas de preparo) e informações sobre os ingredientes presentes nos itens do cardápio. Esses fatores foram pontuados pelos sujeitos pesquisados dentro de uma escala de quatro pontos pelos graus de importância de 'não importante' a 'extremamente importante'. O tamanho da porção foi considerado o mais importante fator pelos respondentes. Os resultados gerais mostraram que conhecer mais a fundo os alimentos ofertados no cardápio é o fator mais importante da escolha alimentar, seguido da apresentação visual do prato (MILLS; CLAY, 2001).

Scholderer et al. (2004) desenvolveram e validaram um instrumento chamado Food-related lifestyle instrument (FRL) nas diferentes culturas da Europa ocidental, traduzido como instrumento de estilo de vida alimentar relatado. Este foi utilizado para avaliar as dimensões que estão associadas ao estilo de vida de um consumidor em três fatores: atitudes, interesses e opiniões. O questionário consistiu em 69 itens medindo 23 dimensões dentro dos cinco países. Cada dimensão mediu três itens em uma escala de sete pontos, que compreendiam valores desde "discordo completamente" até "concordo completamente".

Após a análise do FRL, concluiu-se que as medidas do instrumento têm as mesmas construções, inter-relações e, variabilidade entre os países. As propriedades de medida dos domínios – técnicas de preparo do alimento,



aspectos qualitativos, situações de consumo e motivos de compra (considerado importante para medir diferenças individuais específicas em relação aos valores pessoais sobre o alimento) - foram invariáveis durante as aplicações do instrumento. Esses resultados demonstram que o FRL fornece medidas consistentes das culturas ocidentais europeias, cujos itens relatados podem ser citados como variáveis relacionadas aos alimentos (SCHOLDERER et al., 2004).

Esses estudos possuem em comum os motivos da procura do homem por determinando alimento. Além desses fatores de influência descritos, também está a classe social na qual o consumidor está inserido (BOURDIEU, 2011).

Nesse contexto, Stepoe et al. (1995) desenvolveu um instrumento de medida dos motivos relatados para a escolha alimentar, denominado Questionário de Escolha Alimentar (FCQ – Food Choice Questionary) com 358 adultos em Londres. Esse questionário baseou-se numa extensa literatura, sugerindo a avaliação da percepção individual desses fatores, num contexto multidimensional da escolha alimentar. O FCQ oferece a oportunidade de avaliar os fatores relevantes da escolha alimentar percebidos individualmente pela população urbana ocidental. Esses fatores, entretanto, não se referiram necessariamente ao comportamento real de escolha alimentar, ou seja, às práticas alimentares realizadas por esses indivíduos, mas sim às representações dos motivos que levam a essas escolhas.

Outro autor que vem se debruçando fortemente sobre esse tema e Jean Pierre Poulain. Uma abordagem importante é a linha metodológica utilizada nas pesquisas de Poulain entre os anos de 1996 e 2004. Esses estudos são baseados na aplicação de três técnicas de coletas de dados: a observação direta, a aplicação de questionário sobre alimentação e, por último, a aplicação



de um questionário acerca da satisfação do cliente com o atendimento. Poulain enfatiza as práticas alimentares observadas, comparadas com práticas declaradas pelos indivíduos (POULAIN, 1999; 2002; 2004).

Outras abordagens relacionadas à avaliação dos fatores que levam à escolha alimentar estão associadas à equipe da Divisão de Ciências Nutricionais (Division of Nutritional Sciences) da Universidade de Cornell de Nova Iorque, nos EUA composta pelos pesquisadores Falket al. (1996; 2001), Devine et al. (1999) e Connors et al. (2001). Esses pesquisadores empregaram um método qualitativo e construtivista para coleta e análise dos dados para explicar o processo de escolha alimentar dos diferentes grupos estudados através de entrevistas e questionários.

Assim, os principais achados demonstram que os indivíduos levam em consideração vários itens antes de realizar a escolha alimentar - seus ideais, identidade, cultura e mudança de contextos e situações (DEVINE et al., 1999); saúde, sabor, custo, relação tempo/conveniência e organização de relacionamentos (CONNORS et al., 2001); e experiências prévias de escolha alimentar relacionadas à saúde (FALK, 2001) como determinantes da escolha alimentar.

Outros estudos verificaram a associação entre alguns fatores de escolha alimentar. Os participantes dos estudos realizados por Poulain (1999; 2002; 2004), Mills e Clay (2001), Nieldet al. (2000) e Scholderer et al. (2004) afirmam que a informação do valor nutricional do alimento influencia a escolha alimentar do indivíduo, e é denominada uma variável relacionada aos alimentos. Cabe destacar que o valor nutricional dos alimentos foi relacionado como importante fator de escolha alimentar pelos autores.



EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

A educação nutricional é conceituada como um processo educativo que tem como objetivo principal tornar os sujeitos autônomos e seguros para realizarem suas escolhas alimentares de forma que garantam uma alimentação saudável e prazerosa, propiciando, então, o atendimento de suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais (CAMOSSA, 2005).

Do ponto de vista de sua importância, a educação nutricional é apontada como estratégia de ação, no campo da educação em saúde, a ser adotada prioritariamente em saúde pública para conter o avanço da ocorrência de doenças crônico-degenerativas uma vez que a alimentação de má qualidade é considerada um fator de risco para inúmeras doenças (RAMOS, 2013).

Além disso, a educação nutricional é um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também de modificar, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social de todo cidadão a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada (BOOG, 2004).

Entre os diversos conceitos de educação nutricional, Rodrigues e Boog (2006) afirmam que a educação nutricional pode promover o desenvolvimento da capacidade de compreender práticas e comportamentos, e os conhecimentos ou as aptidões resultantes desse processo. Gaglianone (2006) mostra que a educação nutricional é um processo multidisciplinar que envolve transferência de informações, desenvolvimento da motivação e a mudança de hábitos,



podendo reduzir os gastos públicos com o tratamento de doenças associadas aos maus hábitos alimentares.

O profissional Nutricionista é o importante difusor dessa prática educativa, com fundamentação teórica no campo da nutrição, capaz de traduzir esta ciência para a linguagem de seu público, orientando o comportamento alimentar dos indivíduos (CFN, 2006). Sua presença em ambientes que promovam atividades voltadas para aquisição e construção de conhecimento sistematizado, como as UANs, é muito importante e capaz de contribuir na formação de hábitos alimentares duradouros.

Nessas UANs, é importante que o nutricionista desempenhe o papel de educador tanto para os seus funcionários quanto para seus clientes, além de oferecer uma refeição que atenda às exigências sanitárias e nutricionais estabelecidas e promover a realização de atividades educacionais através da transmissão de mensagens claras, coerentes, de fácil interpretação e de forma convincente que desperte o interesse do comensal em adquirir novos conhecimentos a respeito de alimentação e nutrição, uma vez que mudanças no hábito alimentar é uma questão de decisão e escolha individual (PASCHOA, 2005; OLIVEIRA; ALVES, 2008).

Onde quer que o Nutricionista atue, deverá ser sempre um educador, suas ações deverão ser como agente de mudança num processo que ocorre, no mínimo entre duas pessoas: educando e educador. Aquino e Campos (2007) ressaltam que a educação nutricional deve ser pensada como um encontro, instaurado através do diálogo. Ela não deve ser uma ferramenta para se "obedecer à dieta", ao contrário, deve ser um processo de trabalho com as



pessoas visando à conscientização da importância da alimentação, realizado de forma libertadora.

O contexto da educação nutricional no Brasil tem sido abordado através da difusão da noção de promoção das práticas alimentares saudáveis, observada nas mais diversas ações políticas e estratégias relacionadas com alimentação e nutrição. O papel da promoção da saúde cresce em sua importância como uma estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença-cuidado e da sua determinação. A direção, nesse caso, é o fortalecimento do caráter promocional e preventivo, contemplando o diagnóstico e a detecção precoce das DACNT (SANTOS, 2011).

Segundo Buss (2000), a definição de promoção de saúde são as "atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando os seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram". Essa concepção, segundo o autor, tende a se centrar nos componentes educativos, o que se adequa à alimentação saudável e suas práticas.

Entre os fatores importantes para a promoção da saúde está à promoção de hábitos alimentares saudáveis, e a consequente diminuição dos índices de obesidade, que têm sido associadas aos conhecimentos sobre alimentação e nutrição (TRICHES; GIUGLIANI, 2005). Estas ações devem favorecer a formação de hábitos alimentares adequados e prevenir o surgimento e o aumento de patologias relacionadas a uma alimentação inadequada, assim como garantir qualidade de vida (CARVALHO et al., 2010a).

Conforme Triches e Giugliani (2005) a educação nutricional apresenta-se como instrumento eficaz para a adoção de práticas alimentares saudáveis que



irão determinar o peso saudável. Carvalho et al. (2010a) também afirmam que a utilização da educação nutricional como estratégia para auxiliar a mudança dos hábitos alimentares e a promoção de estilos de vida saudáveis, tem sido apontada em diversos estudos como uma ferramenta eficaz para a aquisição de conhecimentos sobre nutrição, a adoção ou mudanças de atitude em relação à alimentação.

Com isso, a implantação de programas de educação nutricional em UANs e a consequente criação de um ambiente favorável à saúde e à promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis constituem-se em importantes estratégias para enfrentar problemas alimentares e nutricionais já citados anteriormente (CARVALHO, 2010b).

Estratégias de educação nutricional

Diversos instrumentos e metodologias têm sido utilizados para as práticas de educação nutricional: resgate da culinária na prática, materiais impressos educativos (LOCARNO; NAVARRO; 2011); entrevistas semi-estruturadas, ações de instrução e ensino planejadas (REZENDE, 2011); encontros em grupo (CRISCUOLO et al., 2012); questionário aberto de múltipla escolha (GOMES, 2013), uso da mídia para promoção da alimentação saudável pela metodologia ativa (RODRIGUES; RONCADA, 2008; BOOG, 2010); cursos práticos de capacitação em alimentação e nutrição (BERNARDON et al., 2009); ações educativas utilizando Guias Alimentares (YOKOTA et al., 2010).

Tais estratégias, apesar da avaliação positiva de seus autores, não ofereceram um modelo completo e consistente a serem adotados em



intervenções permanentes ou de longo prazo, principalmente em Unidades de Alimentação cuja comensalidade contemporânea é caracterizada pela escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos, pela presença de produtos gerados com novas técnicas de conservação e preparo, pelo vasto leque de itens alimentares, pelos deslocamentos das refeições de casa para estabelecimentos que comercializam alimentos, pelo arsenal publicitário, pela flexibilização de horários para comer agregada à diversidade de alimentos e pela crescente individualização dos rituais alimentares (OLIVEIRA; ALVES, 2008).

Nesse sentido, o uso de uma metodologia ativa para aplicar as estratégias de educação nutricional em um grupo de pessoas foi relatada como a melhor forma de se intervir no comportamento e nas escolhas alimentares dos participantes (RODRIGUES; RONCADA, 2008).

Metodologias ativas

As práticas de educação nutricional têm sido consideradas estratégicas em relação aos problemas alimentares e nutricionais contemporâneos, auxiliando no controle e redução da prevalência de DACNT, redução de danos, promoção de uma cultura de consumo sustentável, hábitos alimentares saudáveis e valorização da cultura alimentar tradicional (BRASIL, 2012).

A Educação Nutricional é um campo de conhecimento e prática contínua e permanente que precisa utilizar diferentes abordagens educacionais, principalmente de forma ativa que vise o diálogo e a reflexão junto a indivíduos ao longo de todo o curso da vida, através de diversas populações, assim como a coletividade. Considerando os determinantes, as interações e significados que



compõem o comportamento alimentar, essas metodologias ativas de ensina precisam levar em consideração a valorização da cultura alimentar, a sustentabilidade e a geração de autonomia para que as pessoas estejam empoderadas para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a melhoria da qualidade de vida (BOOG, 2010).

Uma estratégia ativa e participativa de todos os sujeitos envolvidos é a integração dos saberes científicos e populares, sendo um desafio na área da educação nutricional. Essas ponderações remetem a perspectivas concretas de desenvolver ações menos normativas e mais formativas junto a diferentes grupos de comensais. A opção preferencial para que esse empoderamento ocorra, então, deve ser por processos e metodologias ativas e participativa, em virtude de ampliar a sustentabilidade das ações e mudanças pretendidas (RODRIGUES; RONCADA, 2008).

O fortalecimento e ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implicam, por um lado, o aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre os alimentos e, por outro, a capacidade de fazer suas escolhas. Para tanto, é importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de lidar com diferentes situações, a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, encarando-os com reflexão crítica.

Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas no campo da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os graus de liberdade em relação a todos os aspectos do comportamento alimentar (BRASIL, 2012). Assim como



relata Paulo Freire (2002, p. 14), "educar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção".

Porém, os instrumentos e metodologias de educação nutricional não se limitam a processos de comunicação e informação, mas a forma de comunicação é fundamental e influência de maneira decisiva os resultados. A comunicação compreende o conjunto de processos mediadores de educação nutricional e, para ser efetiva, deve ser pautada na escuta ativa, reconhecimento das diferentes formas de saberes e práticas, valorização do conhecimento, cultura e patrimônio alimentar; comunicação realizada para atender as necessidades reais dos indivíduos e grupos e também a busca de soluções contextualizadas (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a estratégia que no seu conjunto demonstraram melhores resultados foi a exposição das informações nutricionais aos indivíduos, tanto de rotulagem de preparações quanto de informações acerca do efeito dos nutrientes sobre a saúde da população, cuja estratégia foi abordagem por metodologias ativas.

Influência da informação nutricional nos cardápios

Ainda no Brasil, a alimentação fora do domicílio mostrou-se positivamente associada ao excesso de peso e obesidade entre homens adultos (BEZERRA; SICHIERI, 2010). Dessa forma, o hábito de se alimentar fora do domicílio e a falta de informações nutricionais referentes aos alimentos disponíveis em restaurantes podem comprometer as escolhas saudáveis dos indivíduos, pois no momento da compra, essas escolhas poderiam se basear no rótulo e em suas



informações. Além disso, os indivíduos tendem a subestimar o número de calorias presentes nas refeições realizadas fora de casa. Sendo assim, a disponibilização de informação nutricional em cardápios e painéis pode afetar potencialmente as escolhas alimentares e a quantidade de calorias ingeridas, em virtude do maior acesso do consumidor à informação (SANCHEZ, 2013).

A educação alimentar e nutricional está vinculada à produção de informações que possam subsidiar a tomada de decisões por parte dos indivíduos, dando a eles o direito de optar por alimentos mais saudáveis. Mudanças nos hábitos alimentares têm sido observadas em recentes décadas. O consumo de alimentos está relacionado com informações que os consumidores têm sobre o produto, e eles compram e consumir certos alimentos, devido à sua qualidade ou porque eles parecem ser seguros ou confiáveis (BRASIL, 2008).

No estudo de Souza et al. (2011) realizado em Natal com 368 participantes de 23 supermercados, a declaração nutricional dos alimentos serviu para subsidiar o controle dietoterápico para determinados tipos de doenças crônicas não transmissíveis, e auxiliar no momento da escolha alimentar.

O mesmo foi relatado no estudo nacional de Lewis et al. (2009) com 5603 participantes dos Estados Unidos, no qual pessoas com histórias de doenças crônicas referiram que verificavam e utilizavam a rotulagem nutricional.

Observa-se que a cultura, educação e outros hábitos são fatores que podem interferir no conceito de qualidade. Atualmente, os atributos relacionados com a saúde podem ser importantes para a escolha de alimentos pelos consumidores (SANCHES, 2013). Os rótulos dos alimentos são uma fonte



importante deste tipo de informação, pois fornecem informação nutricional sobre os teores de nutrientes e benefícios de saúde (COUTINHO; RECINE, 2007).

No Brasil, apesar de importante, o processo de informação sobre segurança alimentar fornecida aos consumidores em restaurantes é infrequente, principalmente para as pessoas que sofrem de alergias alimentares e requerem informações precisas. Estes dados podem servir como uma ajuda preciosa para o desenvolvimento de programas que envolvem a informação nutricional. A disponibilidade de informações é de grande valor como uma ajuda para o desenvolvimento de programas para obter informações e regulamentos nutricionais em restaurantes (MAESTRO; SALAY, 2008).

O uso de informação nutricional é justificado como uma forma de ajudar as pessoas a melhorar suas dietas, fornecendo aos consumidores com informações úteis e confiáveis, estimulando a comercialização de produtos de saudáveis. Na literatura, encontram-se resultados positivos em que a maioria do público está se tornando ainda mais conscientes da importância do uso de informação nutricional em restaurantes em suas escolhas em relação a alimentos, incentivando, assim, um crescente número de restaurantes a aderir a esta política (MAESTRO; SALAY, 2008). No entanto, de acordo com a RDC nº 360, essa informação é uma obrigação apenas para bens industrializados e, no Brasil, pouco se sabe sobre o uso de informação nutricional para alimentos servidos em restaurantes (BRASIL, 2003).

Iniciativas sobre fornecimento de informações sobre os alimentos preparados ainda são escassas e o governo certamente terá de conceber formas inovadoras de regulação de serviços de alimentação para que os consumidores



tenham informações disponíveis para escolher um estabelecimento de acordo com a qualidade desejada.

No estudo de Barbieri et al. (2012) que buscou avaliar a atitude dos consumidores em relação às informações alimentares para preparações prontas em um restaurante comercial, foram desenvolvidas informações de alimentos com o nome da preparação, ingredientes, benefícios para a saúde e alertas e valor calórico. Depois de fornecer essas informações nutricionais, um questionário foi aplicado a 300 consumidores em um restaurante de Santa Maria (RS) para que os consumidores declarassem suas práticas quanto à presença da informação nutricional nos alimentos.

Barbieri et al. (2012) verificaram que 10,98% dos participantes possuíam doença, sendo necessária a restrição de moderação e/ou total desses alimentos e 58,54% dos participantes consumiram algum alimento porque observaram benefícios potenciais para a sua saúde baseado nas informações nutricionais. Ao avaliar o nível de satisfação dos participantes sobre as informações de alimentos, 72,76% consideraram as informações muito boas. Os participantes tenderam a mudar seu consumo depois de ter acesso a informações alimentares dos alimentos preparados (BARBIERI et al., 2012).

Lando e Labine-Wolfe (2007) estudaram sobre o interesse do consumidor por informações nutricionais de rótulos e de preparações, além de entender quais as reações do consumidor após modificarem essas informações para ajudar a focar nas calorias contidas nesses alimentos e proporcionar escolhas mais saudáveis. Esse estudo foi realizado em quatro cidades dos Estados Unidos com 68 consumidores, e constataram que os entrevistados estavam interessados em conhecer a informação nutricional dos alimentos, e sugeriram



que a melhor forma desses alimentos serem rotulados seria através de utilização de ícones, etiquetas, e sinais no menu que indicassem as opções mais saudáveis.

Em estudo recente no município de Campinas (SP) com amostra de 114 restaurantes comerciais, encontrou-se informação nutricional e de saúde em 16% dos restaurantes de serviço completo (fullservice – que servem todas as refeições do dia). Nestes estabelecimentos, o tipo de informação mais disponível foi a "declaração de nutrientes", com destaque para a informação do valor energético, de macronutrientes e fibras, e estas informações eram encontradas dispostas no cardápio (VADIVELLO et al., 2011).

Na pesquisa conduzida por Sanches (2007) com 250 consumidores adultos de Campinas (SP), a autora desenvolveu e validou um instrumento composto por 56 questões referentes ao conhecimento dos alimentos fontes de alguns nutrientes e da relação entre dieta e doença. Cerca de 78% dos consumidores entrevistados concordaram muito que as informações nutricionais dos alimentos oferecidos nos restaurantes são fundamentais para consumidores que necessitam ter uma dieta específica. Encontrou-se que 54,8% revelaram uma atitude extremamente positiva em relação às informações nutricionais disponibilizadas nos restaurantes. Com relação ao conhecimento nutricional, verificou-se que 50% dos participantes obtiveram notas superiores a 6,3 para o conhecimento dos nutrientes e, acima de 7,5 para a relação dieta doença. Os testes estatísticos detectaram associações significativas entre a frequência de consumo das refeições fora de casa, o nível de conhecimento nutricional e a atitude com as variáveis socioeconômicas e demográficas. Identificou-se uma



associação positiva entre a atitude referente às informações nutricionais e o conhecimento nutricional dos indivíduos.

Numa pesquisa mais recente realizada por Sanches (2013) sobre a disponibilidade de informação nutricional em restaurantes de São Paulo, foram avaliados 472 estabelecimentos de alimentação comercial., sendo que cerca de um quarto dos estabelecimentos pertencia à categoria dos restaurantes que comercializavam refeições completas (almoço, jantar). Em relação à informação nutricional, esta estava disponível ao consumidor em apenas cinco estabelecimentos (1,1%) e todos estes pertenciam à categoria de lanchonetes de comida rápida. O autor afirma que, a disponibilização de informações nutricionais das preparações oferecidas é um dos quesitos necessários para que esses restaurantes, de fato, representem opções saudáveis. Dentre esses restaurantes, os do tipo self-service merecem destaque, pois apresentam características como maior variedade de escolhas, possibilidade de preços acessíveis, rapidez e conveniência, podendo representar uma alternativa de alimentação saudável fora de casa.

Todos esses trabalhos mostram a força das metodologias ativas como instrumento de educação nutricional. Entretanto, esses estudos não trazem, em sua maioria, as avaliações dos processos educacionais o que prejudica sobremaneira sua adoção em estudos mais amplos.



REFERÊNCIAS

AKUTSU, R. C., BOTELHO, R. A., CAMARGO, E. B., SÁVIO, K. E. O., ARAÚJO, W. C. A ficha técnica de preparação como instrumento de qualidade na produção de refeições. Revista de Nutrição, Campinas, v. 18, n. 2, p. 277-9, 2005.

ALMADA, Eid da Rosa. Substitutos de leite condensado a partir de extratos vegetais. 2013. 39 f., il. Monografia (Bacharelado em Nutrição)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BONOMO, É.; CAIAFFA, W. T.; CÉSAR, C. C.; LOPES, A. C. S.; LIMA-COSTA, M. F. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 14611471, 2003.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Guia de Boas Práticas Nutricionais: Restaurantes Coletivos. Brasília, 2014, 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 151 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portaria Interministerial nº 66, de 25 de agosto de 2006. Altera os parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT. Publicada no D. O. U. de 28 de agosto de 2006.

CAMARGO, E; BOTELHO, R.B.A.; Técnica Dietética - Pré-preparo e preparo de alimentos. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

CAMOSSA, A. C. A.; COSTA, F. N. A.; OLIVEIRA, P. F. O.; FIGUEIREDO, T. P. Educação nutricional: uma área em desenvolvimento. Alimentação e Nutrição, São Paulo, v. 16, p. 349-54, 2005.



CARVALHO, A. P. OLIVEIRA, V.B.; SANTOS, L.C. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Pediatria (São Paulo), São Paulo, v. 32, n. 1, p. 20-7, 2010.

CASTELO-BRANCO, N.S.D. Análise da alimentação fora do domicílio de consumidores do centro comercial do Município do Rio de Janeiro – RJ. 2000, 100 f. il. Tese (Doutorado em Ciências da Nutrição) – Faculdade de Engenharia de Alimentos da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

CERVATO, A. M., MAZZILLI, R. N., MARTINS, I. S., MARUCCI, M. F. N. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 227-35, 1997.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Inserção profissional dos nutricionistas no Brasil. Brasília: CFN, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: tabelas de composição nutricional dos alimentos consumidos no Brasil. Rio de Janeiro; 2011.

LEVIN, J. Estatística Aplicada às Ciências Humanas. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1987. 520 p.

LIPI, M. Densidade energética da dieta de trabalhadores de uma indústria da região metropolitana de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

MAGNEÉ, H.M. Manual do self-service. São Paulo: Livraria Varela, 1996. 242p. OLIVEIRA, C. S.; ALVES, F. S. Educação nutricional em unidade de alimentação e nutrição, direcionada para consumo de pratos protéicos: um estudo de caso. Alim. Nutr., Araraquara, v. 19, n. 4, p. 435-440, 2008.

PASCHOA, M. F. Alimentação Escolar: Um Enfoque em Alimentos Funcionais. Revista Nutrição Profissional, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 31-36, 2005.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: Teoria e prática. 4ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2008.

PEYERL, F. F.; DE MATOS, K. H. O. Avaliação da legislação aplicada a rotulagem de alimentos embalados no Brasil e na Nova Zelância. Revista E-Tech: Tecnologias para Competitividade Industrial, Florianópilis, e. Esp. Alimentos, p. 14-25, 2012.



PROENÇA, R.P.C. Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva. 2.ed. Florianópolis: Editora Insular, 2000.

RAMOS, F. P.; SANTOS, L. A. S.; REIS, A. B. C. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, 2013.

SAVIO, K. E. O.; COSTA, T. H. M.; MIAZAKI, E.; SCHMITZ, B. A. S. Avaliação do almoço servido a participantes do programa de alimentação do trabalhador. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 2, 2005.

TACO. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (2011) Nepa-Unicamp. 4nd Edition, NEPA-UNICAMP, Campinas.

TORAL, N.; SLATER, B.. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, 2007.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 4, p.541-547, 2005.

TRIOLA, M. F. Introdução à Estatística. Rio de Janeiro: LTC, 1999. 576 p.

ZANDONADI, R. P.; BOTELHO, R. A.; GANDOLFI, L.; GINANI, J. S.;

MONTENEGRO, F.; PRATESI, R. Green Banana Pasta: An Alternative for GlutenFree Diets. Journal of the American Dietetic Association, Brasília, v. 11, p. 1068-72, 2012.

ZANDONADI, R. P.; BOTELHO, R. B. A.; GINANI, V. C.; AKUTSU, R. C. C. A.; SÁVIO, K. E. O.; ARAÚJO, W. M. C. Sodium and health: New proposal of distribution for major meals. Health, Brasília, v. 6, n. 3, p. 195-201, 2014.

NOSSAS VANTAGENS:

Plataforma disponível 24 horas por dia de domingo a domingo.

Cursos e certificados emitidos com validade em todo o território brasileiro.

Amparado pelo Decreto Federal nº 5.154/2004, lei nº 9.394 Diretrizes e Base da educação Nacional e Artigo 205 e 206Constituição Federal.

Associados à ABED (Associação Brasileira de Educação a Distância) e somos fruto do INCI, o Instituto Nacional de Aperfeiçoamento Profissional.

